



RESEARCH ARTICLE

ADENOMATOUS POLYP OF CHANCE DISCOVERY IN AN ELDERLY WOMAN (POLYPE ADÉNOMATEUX GRÊLIQUE DE DÉCOUVERTE FORTUITE CHEZ UNE FEMME ÂGÉE).

Loukbi Saker, Tijani. M. Abass and Pr Anoine Khalil.

Service de radiologie hôpital Bichat-Claude Bernard. Paris-France.

Manuscript Info

Abstract

Manuscript History

Received: 15 May 2019

Final Accepted: 17 June 2019

Published: July 2019

Copy Right, IJAR, 2019,. All rights reserved.

Introduction:-

Les tumeurs grêliques représentent 5% de l'ensemble des tumeurs du tractus digestif. Leur pronostic reste sombre vu le retard diagnostique dû au manque de spécificité des manifestations cliniques et à la difficulté d'exploration bien que d'important progrès ont été fait sur le plan radiologique et endoscopique. Soixante pour cent à 75 % des tumeurs du grêle sont bénignes ; les plus fréquentes sont les adénomes, les léiomyomes, les lipomes. Les tumeurs malignes sont essentiellement représentées, par ordre de fréquence décroissante, par les adénocarcinomes, les tumeurs carcinoïdes, les lymphomes et les léiomyosarcomes.

Observation:

1. Patiente âgée de 84 ans, aux antécédents de flutter auriculaire, de chirurgie de kyste de l'ovaire, avec ulcère antral traité médicalement.
2. Dans le cadre d'un bilan de trouble de transit avec douleurs spontanément résolutive : la patiente a bénéficié d'une TDM abdomino-pelvienne sans et après injection du produit de contraste retrouvant :
3. Une lésion de densité tissulaire, de forme arrondie, aux contours réguliers, à développement endoluminal au niveau de l'iléon à distance de la dernière anse iléale.
4. Cette lésion est spontanément isopodense se rehaussant de façon homogène au temps portal, mesurant 20 mm de grand axe sur 18 mm de largeur. Absence d'autres lésions similaires au niveau grêlique. Absence de masse ou de signes de rétraction mésentérique.
5. Absence d'adénopathies intra ou rétro-péritonéales. **Figure 1**
6. Le complément du bilan fait par une coloscopie avec FOGD ne montrent pas d'autres lésions.
7. La patiente a bénéficié également d'une TEP Scanner DOPA et au gallium sans hyperfixation en faveur d'une tumeur maligne. **Figure 2**

Diagnostic retenu :

Polype adénomateux.

Commentaires et discussion :

L'adénome présente un 1/4 de tumeur bénigne du grêle. De petite taille (5 à 15 mm) il est souvent difficilement individualisable et se présente comme une tumeur endoluminale arrondie sessile ou pédiculée prenant le contraste de manière souvent précoce. De découverte fortuite ou lors d'une complication, saignement ou invagination. [1, 2]

Du fait du risque de transformation maligne potentielle les lésions polypeuses doivent être réséquées, par voie endoscopique ou chirurgicale. Les autres diagnostics différentiels devant cet aspect sont :

Polype Hamartomateux:

Maladie de Peutz-Jeghers-Touraine. Maladie rare de fréquence $< 1/50.000$. Polyposse hamartomateuse familiale, de transmission autosomique dominante, touchant l'ensemble du tube digestif, comportant des polypes souvent de grande taille. Expose à un risque accru de tumeurs gastro intestinales et gynécologiques (grêle, pancréas, colon, ovaire, testicule). [3,4, 5,6]

Angiomes:

Siègent préférentiellement dans le jéjunum. Tumeur rare généralement révélée par de petits saignements. De forme plane sessile ou pédiculée, il peut exceptionnellement contenir des phlébolithes calcifiés. Peut entrer dans le cadre d'une atteinte génétique: maladie de Rendu Osler, Turner et phacomatoses, sclérose tubéreuse de Bourneville. [7,8]

Tumeur carcinoïde:

Deuxième tumeur maligne primitive du grêle(25%). Localisation le plus souvent appendiculaire ou Iléale. Syndrome carcinoïde : masse tumorale importante, métastases, sécrétion de sérotonine. [9, 10]

En imagerie : Tumeur de petite taille, hyper vasculaire, prise de contraste précoce. Masse mésentérique rétractile spiculée, avec disposition radiaire des anses grêles, sclérose vasculaire locorégionale secondaire à la production de sérotonine. [11] La propagation des éléments tumoraux à l'intérieur du mésentère s'accompagne d'une fibrose majeure dite desmoplastique responsable du caractère rétractile de la masse mésentérique et du blocage des lymphatiques (ascite dans les formes évoluées). Calcifications de la masse mésentérique $> 70\%$ des cas.[12, 13]

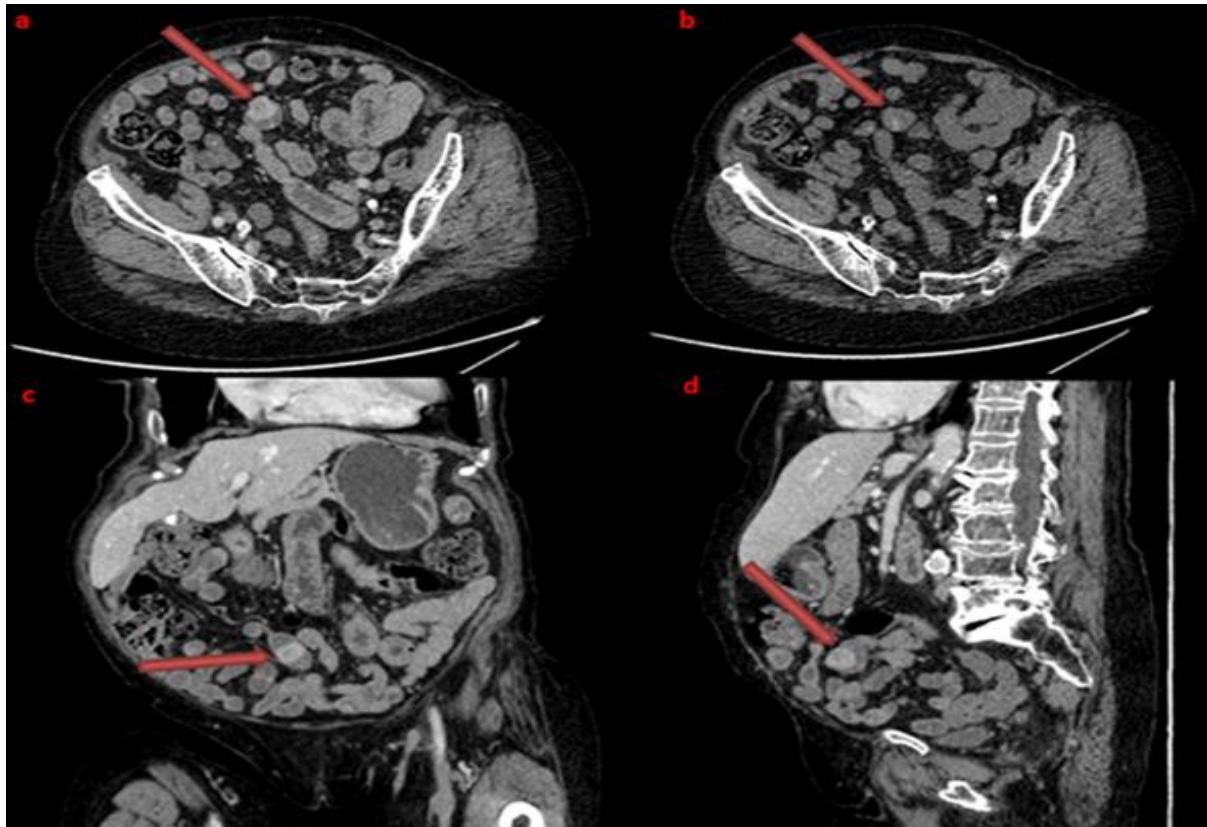


Figure 1:-TDM abdomino-pelvienne en coupes axiales sans (a) et après injection du PDC(b), avec reconstruction coronale (c) et sagittale (c).

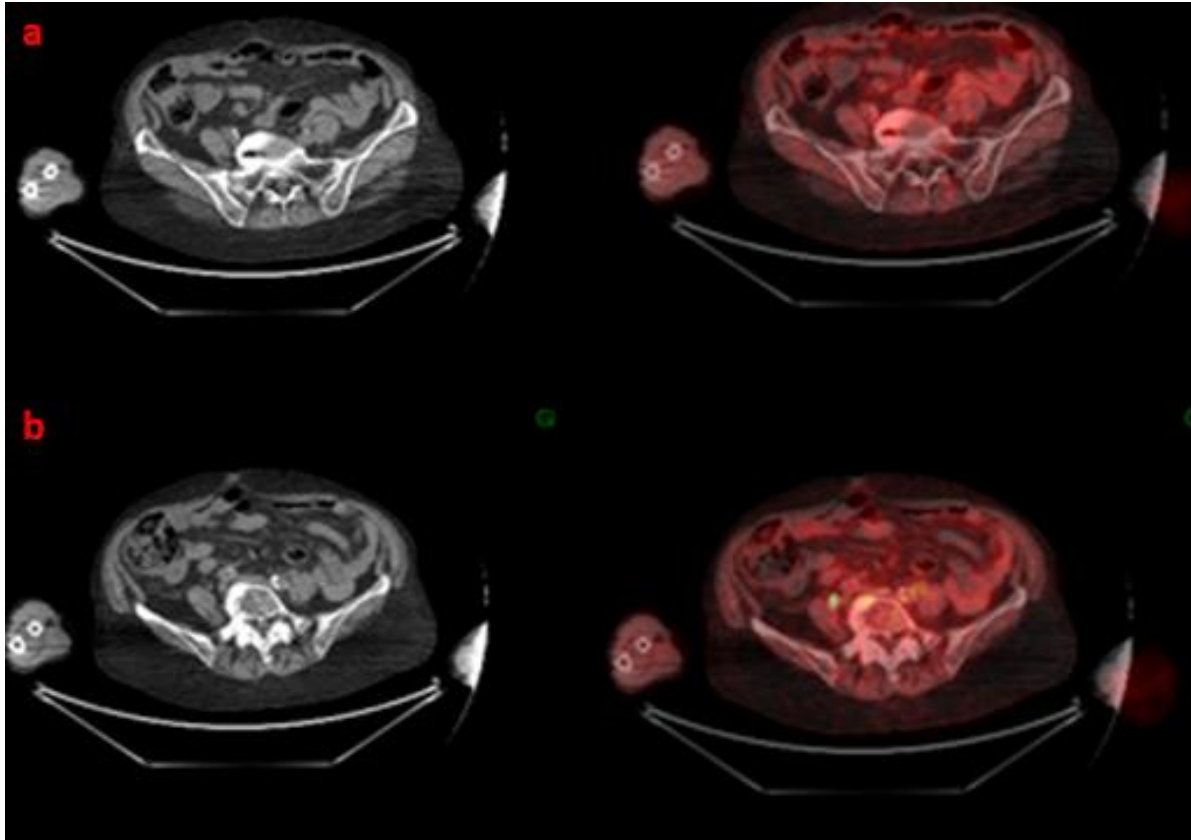


Figure 2:-TEP Scanner DOPA et au gallium (a et b) sans hyperfixation en faveur d'une tumeur maligne.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Bibliographie:-

1. Gourtsoyiannis NC, Bays D, Papaioannou N, Theotokas J, Baroux G, Karabelas T. Benign tumors of the small intestine: preoperative evaluation with a barium infusion technique. *Eur J*
2. Herlinger H, Maglinte DDT. Tumors of the small intestine. In : *Clinical radiology of the small intestine*. WB Saunders company 1989; 399-4513. Balthazar EJ. CT of the gastrointestinal tract: Principles and interpretation. *AJR* 1991; 156 : 23-32.
3. Buck JL, Harned RK, Lichtenstein JE, Sobin LH. Peutz-Jeghers syndrome. *Radiographics* 1992; 12 : 365-78. PubMed
4. Ekberg O, Ekholm S. Radiology in primary small bowel adenocarcinoma. *Gastrointest Radiol* 1980; 5 : 49-53.5. Bin W, Jianguo L, Baowei D. The sonographic appearances of small bowel tumours. *Clin Radiol* 1992; 46 : 30-3.
5. Ouriel K, Adams JT. Adenocarcinoma of the small intestine. *Am J Surg*.1984; 147 : 66-7.7. Bret P, Cuche C, Schmutz G. Pathologie tumorale. In : *Radiologie de l'intestin grêle*. Springer-Verlag, 1989, 71-136.
6. Sener RN, Kumcuoglu Z, Elmas N, Oyar O, Tugran C. Peutz-Jeghers syndrome. CT and US 9. Chou CK, Chen LT, Sheu RS, Yang CW, Wang ML, Jaw TS, Liu GC. MRI manifestations of gastrointestinal lymphoma. *Abdom Imag* 1994; 19 : 495-500.
7. Rollins ES, Picus D, Hicks ME, Darcy MD, Bower BL, Kleinhoffer MA. Angiography is useful in detecting the source of chronic intestinal bleeding of obscure origin. *AJR* 1991; 156 : 386-8.
8. Herlinger H, Maglinte DDT. Tumors of the small intestine. In : *Clinical radiology of the small intestine*. WB Saunders company 1989; 399-45112. Dudiak KM, Johnson CD, Stephens DH. Primary tumors of the small intestine : CT evaluation. *AJR* 1989; 152 : 995-8.
9. Bret P, Cuche C, Schmutz G. Pathologie tumorale. In : *Radiologie de l'intestin grêle*. Springer-Verlag, 1989, 71-136.

10. Jeffrey MA, Barter SJ, Hemingway AP, Nolan DJ. Primary carcinoïd tumours of the ileum: The radiological appearances. Clin Radiol 1984; 35 : 451-5. PubMed
11. Cockey BM, Fishman EK, Jones B, Siegelman SS. Computed tomography of abdominal carcinoid tumor. J Comput Assist Tomog 1985; 9 : 38-42.16. Gaitini DE, Munichor M, Kleinhaus U. Small bowel lipoma : a pathognomonic radiological diagnosis. Eur Radiol 1994; 4 : 258-61.
12. Moertel CG. An odyssey in the land of small tumors. J Clin Oncol 1987; 5 : 1503-22.
13. Gould M, Johnson RJ. Computed tomography of abdominal carcinoid tumour. Br J Radiol, 1986; 59 : 881-5.